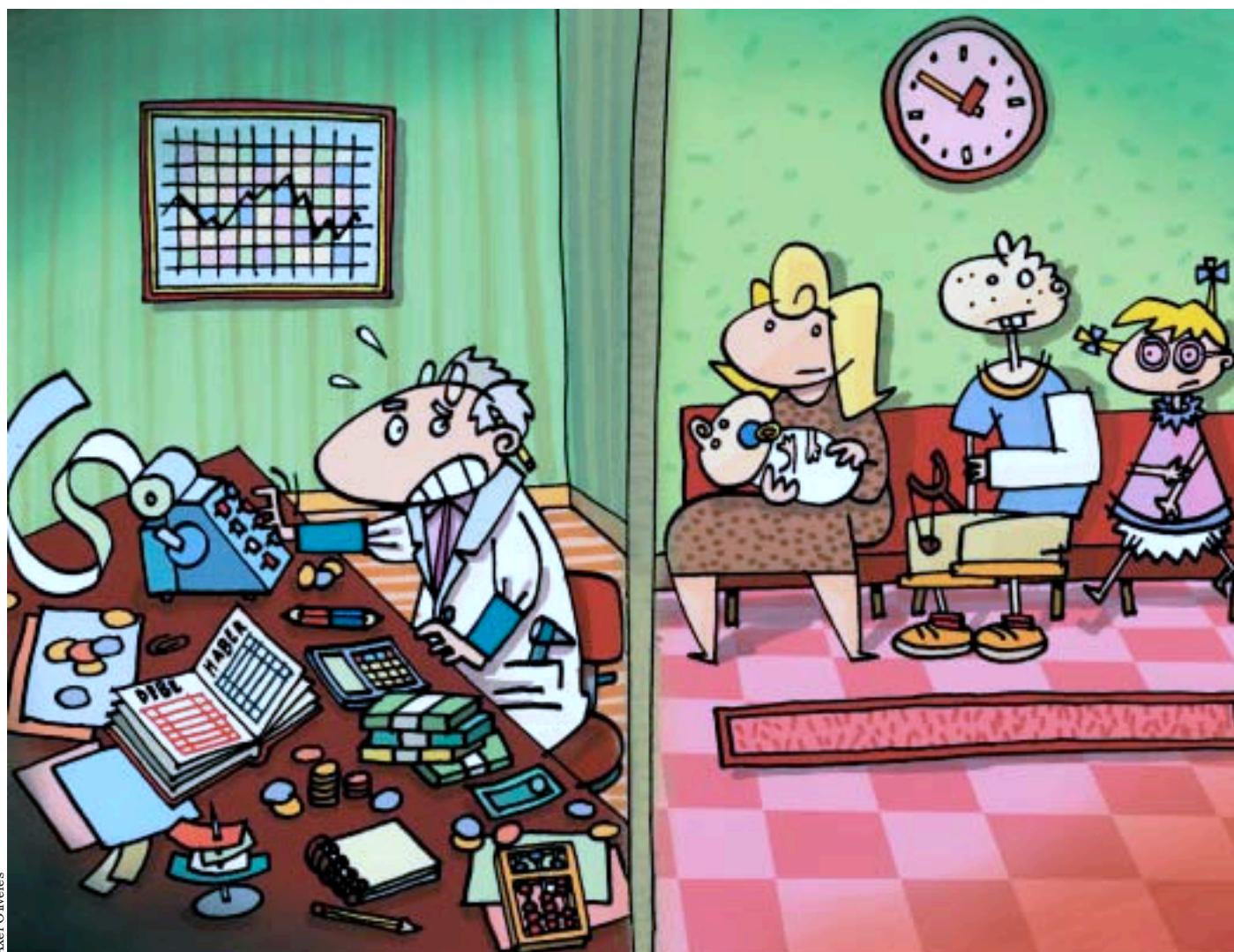


Hablemos de...

La calidad asistencial en pediatría

CARLOS HUMET

Dirección Médica. Hospital de Barcelona. Barcelona. España.
9919chc@comb.es



Axel Olivares

Puntos clave

● La calidad asistencial surge como elemento estratégico para la dirección y gestión de los servicios sanitarios.

● El cambio cultural implica incorporar conceptos como la evaluación de resultados, medir y comparar, mejora continua, cultura del error y de la seguridad clínica, autoevaluación en la formación continuada, publicar los resultados, etcétera.

● El futuro del sistema sanitario depende de su sostenibilidad que, en buena medida, está en manos de los profesionales. De su implicación en la eficiencia del sistema sanitario dependerá su viabilidad.

● Es necesario orientar nuestra actuación para conseguir la necesaria armonización sanitaria en el seno de la Unión Europea.

Introducción

La reciente aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud otorga a la calidad de la asistencia sanitaria un papel no relevante, sino estratégico, para el desarrollo de la atención sanitaria en los próximos años. El nuestro es un sistema sanitario desarrollado, que garantiza la atención sanitaria a todos los ciudadanos, que está sometido a fuertes presiones por el crecimiento del gasto sanitario –fenómeno común a los países de nuestro entorno– y que ha finalizado el proceso de transferencias, consagrando un Sistema Nacional de Salud (SNS) de

La calidad asistencial se ha convertido en un elemento estratégico para la gestión y dirección de los servicios sanitarios.

La recientemente aprobada –por unanimidad de todos los grupos políticos– Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que será determinante para su evolución en los próximos años, está impregnada de la cultura de calidad.

gestión descentralizada, que acerca el poder de decisión a los ciudadanos.

En este contexto, la calidad asistencial surge con fuerza por la conciencia de los profesionales de trabajar cada vez mejor, por la presión de los ciudadanos más exigentes con el servicio que reciben, por los gestores que han incorporado la calidad como línea estratégica para la dirección de los centros sanitarios y por la necesaria coordinación sanitaria en la Unión Europea, que permitirá la libre circulación de pacientes y profesionales.

Definición de calidad asistencial

Una de las definiciones de calidad que, a nuestro entender, mejor se adapta a la asistencia sanitaria es la que publicó el Institute of Medicine de los EE.UU. en 1990, que la definía como ‘el grado en que la asistencia sanitaria, para el individuo y para la población en general, aumenta la probabilidad de obtener los resultados deseados, a la vez que responde a los conocimientos científicos y a las mejores prácticas de cada momento’.

Otra, la propugnada por la International Organization for Standardization (ISO) establece que “la calidad es el grado en que las características de un determinado producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”. Por tanto, cualquier reflexión sobre la calidad

La calidad asistencial se define como el grado en que la asistencia sanitaria, para el individuo y para la población en general, aumenta la probabilidad de obtener los resultados deseados, a la vez que responde a los conocimientos científicos y a las mejores prácticas de cada momento.

asistencial debe partir de los objetivos y características del SNS en el que se desarrolla la actividad.

En nuestro caso, partimos de un SNS con cobertura universal, equitativo y solidario, que tiene al ciudadano como centro de las prestaciones. El ámbito asistencial es razonablemente bueno, a la vez que mejorable. Así, cuando medimos los resultados encontramos elevadas tasas de infección hospitalaria, alta inadecuación de ingresos y estancias hospitalarios, poca preocupación todavía por la seguridad en la asistencia sanitaria y por la cultura del error, utilización inadecuada de medicamentos y de exploraciones complementarias, poco interés por la normalización o estandarización de los procesos, excesiva variabilidad para un mismo proceso o para la misma indicación quirúrgica, así como listas de espera, entre otros aspectos que podríamos señalar.

Justificación

Servimos a un ciudadano cada vez más exigente, más y mejor informado, que demanda una asistencia sanitaria óptima que financia con sus impuestos. Los profesionales sanitarios, desde siempre con ganas de trabajar bien por una motivación ética y deontológica, cada vez son más conscientes de la necesidad de evaluar y presentar resultados de su actividad, incorporando el concepto de mejora continua. La gestión sanitaria está cada vez más profesionalizada¹, mira hacia el mundo empresarial y copia e incorpora sus sistemas de tra-

jo. Los políticos, responsables últimos del funcionamiento del sistema sanitario, han captado la importancia que los ciudadanos conceden, en las sociedades desarrolladas, a las políticas de salud, entre ellas, especialmente, las políticas de calidad en la asistencia sanitaria. Por último, el crecimiento del gasto sanitario², fundamentalmente a causa de la intensificación de los cuidados, preocupación común de la mayoría de los países desarrollados, obliga a plantear seriamente la organización y funcionamiento del sistema de salud en su conjunto.

La calidad en el ámbito de la pediatría

La incorporación de la calidad en la práctica asistencial diaria supone un cambio cultural que incorpore el concepto de eficiencia³. Los profesionales disponemos de gran cantidad de recursos que los ciudadanos ponen en nuestras manos para prestarles un servicio eficaz y satisfactorio. Tenemos la obligación de hacer el mejor uso posible de ellos.

Los cuatro ejes fundamentales sobre los que debe basarse un programa de calidad (PC) son la gestión del conocimiento (pediatría basada en la evidencia)⁴, la mejora de los procesos asistenciales –cambiar la cultura de asistencia del caso por la del proceso, es decir, a todos los pacientes–, la participación y el *empowerment*⁵, que significan descentralizar para que la toma de decisiones se haga lo más cerca posible del problema y, como último eje y no menos importante, la participación del enfermo. En un futuro no lejano deberemos acostumbrarnos a la implicación de los pacientes y familiares en las decisiones clínicas.

Existen herramientas y metodología suficiente para que cualquier institución, servicio o grupo de trabajo pueda establecer su propio programa de calidad o de mejora continua de la actuación.

Para el desarrollo de políticas de calidad es necesario un cambio cultural en los profesionales, en los gestores y en los ciudadanos. Incorporar el concepto de mejora continua, de seguridad clínica, de autoevaluación, de medir, comparar y publicar los resultados, etc. supone un esfuerzo de adaptación de los diferentes agentes del sistema.

El papel de los profesionales es muy relevante, ya que influyen sobre la mayor parte del gasto sanitario.

El nuevo paradigma de la asistencia sanitaria debe ser hacer una medicina eficaz, eficiente, satisfactoria y segura.

Un servicio clínico se supone integrado en un centro sanitario que debe disponer de un programa de calidad en el que se especifican las áreas de trabajo, los objetivos a conseguir, el responsable de cada una de las acciones y el calendario previsto. Esto es de aplicación tanto para la atención primaria como para la asistencia hospitalaria o la sociosanitaria.

Del mismo modo, en el servicio clínico o grupo de trabajo pueden establecerse PC. Así un PC en un servicio clínico, como podría ser el de pediatría, debería ocuparse de los conocimientos y las habilidades de los médicos, de las enfermeras y de todo el personal del servicio. Por tanto, habría que diseñar un sistema de selección de personal para el de nueva incorporación y unos programas de formación que garanticen la actualización y el mantenimiento de los conocimientos y habilidades del personal ya contratado. En este último supuesto debe constatarse por escrito y anualmente el grado de conocimientos de cada uno de los miembros del servicio. Es imprescindible que el responsable del servicio defina previamente qué actividades puede desarrollar cada uno según sus conocimientos y habilidades.

El PC debe contemplar también aspectos relacionados con la seguridad del hábitat, las instalaciones y el equipamiento médico. La normalización de los procesos, que por frecuencia, riesgo o coste se puedan y convenga estandarizar, es una excelente herramienta, ya que prevé un sistema de recogida de datos que facilita el análisis de los resultados. Cada proceso debe disponer de unos indicadores que permitan realizar su seguimiento.

Hay que medir los resultados de los principales procesos que atiende el servicio y desarrollar el consiguiente sistema de información. Una vez dispongamos de los resultados hay que compararse con los mejores (*benchmarking*)⁶, buscar las oportunidades de mejora e implantarlas. La auditoría clínica es una herramienta clásica que sigue teniendo plena vigencia para el análisis de resultados clínicos.

Se deben desarrollar políticas de seguridad en relación con los principales riesgos, como el uso de medicamentos, la infección hospitalaria, las complicaciones quirúrgicas y las complicaciones médicas. Es útil hacer un seguimiento de los errores de medicación, las tasas de infección y de complicaciones. Además, todos los servicios deberían medir la mortalidad y analizarla convenientemente.

El servicio debe disponer de información relacionada con el uso de los abundantes recursos que utiliza: productividad del personal, adecuación de pruebas complementarias, adecua-



ción de ingresos y estancias hospitalarias, utilización de medicamentos, indicaciones quirúrgicas u otros aspectos según las necesidades y características de cada servicio.

Todas estas herramientas deben configurar el PC de un servicio de pediatría. Existe suficiente evidencia científica para sugerir que la implantación de estos programas conduce a mejores prácticas clínicas y, consecuentemente, mejores resultados para los pacientes pediátricos⁷. Aunque es difícil de demostrar de forma concluyente que herramientas como la mejora continua de la calidad produce efectos siempre positivos, es incuestionable que su aplicación mejora el resultado y produce beneficios a largo plazo sobre la salud infantil⁸.

Esta realidad se extiende a todos los ámbitos de la asistencia primaria pediátrica (pediatría asistencial, preventiva, social y docente e investigadora) y a la atención hospitalaria pediátrica.

ca. En este sentido, el Vermont Oxford Network, que abordó la mejora de la calidad en el cuidado intensivo neonatal, demostró que estos programas reducían las tasas de infección nosocomial, el número de radiografías de tórax y el de análisis de pH y gases sanguíneos y contribuían a reducir las estancias hospitalarias^{9,10}.

Esta visión de la calidad asistencial, desde sus coordenadas generales hasta el ámbito concreto pediátrico, debe hacernos reflexionar sobre los nuevos valores emergentes que nuestra dinámica sociedad nos plantea a diario. De la adecuada respuesta de clínicos y gestores dependerá la sostenibilidad de los sistemas sanitarios del futuro. Si dirigimos nuestro esfuerzo en este sentido nos acercaremos hacia el necesario cambio cultural con el que todos, políticos, gestores, clínicos y ciudadanos, saldremos ganando.

Bibliografía



1. Humet C. La responsabilidad del gestor en el impulso y seguimiento de los programas de calidad. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:773-80.
2. López Casanova G, Casado D. La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia en la descentralización fiscal. *Economía i Finances*, 1999; p. 123-52.
3. Aranaz JM, Vitaller J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Consellería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, IVESEP, Valencia, 1999.
4. Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
5. Dveirin GF, Adams KL. Empowering health care improvement: an operational model. *Jt Comm J Qual Improv* 1993;19:222-32.
6. Weissman NW, Allison JJ, Kiefe CI, Farmer RM, Weaver MT, Williams OD, et al. Achievable benchmarks of care: the ABCs of benchmarking. *J Eval Clin Pract* 1999;5:269-81.
7. Frede E. The role of program quality in producing early childhood benefits. *Future Child* 1995;5:115-32.
8. National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network (NICHD) 1998. The NICHD study of early child care [consultado 30/6/2003]. Disponible en: http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/early_child_care.htm
9. Horbar JD, Rowoski J, Plsek PE, Delmore P, Edwards WH, Hocker J, et al. Collaborative Quality Improvement for Neonatal Intensive Care. *Pediatrics* 2001; 107:14-22.
10. Horbar JD. The Fermunt Oxford Network: Evidence based quality improvement for neonatology. *Pediatrics* 1999;103(Suppl):350-9.